

**Ministério da Educação**  
**Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral**

**Panorama da depressão em município litorâneo do Sul do Brasil: da  
prevalência às estratégias terapêuticas.**

**Matinhos**  
**2013**

Paola Mariana dos Santos Leite

**Panorama da depressão em município litorâneo do Sul do Brasil: da  
prevalência às estratégias terapêuticas**

Trabalho apresentado ao Curso de  
Graduação em Saúde Coletiva, da  
Universidade Federal do Paraná – Setor  
Litoral, como requisito para obtenção do  
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr. Milene Zanoni da  
Silva Vosgerau

**Matinhos**

**2013**

Paola Mariana dos Santos Leite

**Panorama da depressão em município litorâneo do Sul do Brasil: da prevalência às estratégias terapêuticas.**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr. Milene Zanoni da Silva Vosgerau.

**Banca Examinadora**

---

Prof. Msc. Suzane de Oliveira

---

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira

**Matinhos**

**2013**

*“Hoje me sinto mais forte, mas feliz quem sabe. Só levo a certeza de que muito pouco eu sei ou nada sei.”*

*(Almir Sater)*

*Dedico esse trabalho a minha mãe Elielza, minha luz...*

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus pela vida e pela sabedoria dada;

Agradeço à minha orientadora Milene pela amizade, incentivo, paciência e ensinamentos;

Aos professores do curso de Saúde Coletiva, por sua dedicação e amizade;

As minhas amigas Kariny, Gisele e em especial a Tatiane – minha parceira de todas as horas - por estarem presentes em todos os momentos e fazerem parte de mim;

As amigas Ana Cristina e Fernanda pelos sorrisos de conquista fácil e pela alegria;

A servidora técnica do curso de Saúde Coletiva pelo comprometimento e trabalho em prol do curso e dos alunos;

Aos meus colegas de turma, pela amizade e convívio durante estes anos;

A minha mãe - minha inspiração - pelo amor, compreensão, cuidado e dedicação a mim;

Aos meus irmãos Rodrigo e Ricardo pela compreensão e esforço em prol a meu futuro;

A quem hoje amo pelo incentivo, coragem, paciência e compreensão, que mesmo estando longe me incentivou a nunca desistir e enfrentar os desafios dessa reta final;

A memória de meu pai, que mesmo não estando presente estaria feliz e me apoiaria nas minhas escolhas;

A minha vó, tios e primos pelo carinho e por sempre compreenderem minhas ausências;

As pessoas que fizeram parte da minha vida e que de alguma forma contribuíram para que hoje eu estivesse aqui e me tornasse a pessoa que sou.

Aos queridos matinhenses que de forma calorosa nos receberam em suas casas e contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

## **Apresentação**

O trabalho retratado nesse documento é fruto do projeto de Iniciação Científica intitulado, “Doenças Crônicas, consumo e adesão a terapia medicamentosa: estudo de base populacional em Matinhos – PR”/ BANPESQ/THALES: 2011025231, inscrito no Edital (2011 – 2012), sob orientação da Professora e hoje Doutora Milene Zanoni da Silva Vosgerau.

Sendo fruto também da tese de doutorado, de autoria da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Milene Zanoni da Silva Vosgerau, intitulada, “Indicadores de bem-estar emocional e doenças crônicas: associação da autopercepção da felicidade, amor e bom humor à condição de saúde de adultos e idosos de Matinhos, PR”. Submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e aprovado segundo parecer nº 013/2010 (CAAE 0011.0.268.000-10).

Este trabalho é o produto final do Projeto de Aprendizagem, realizado e idealizado em parceria com a aluna Tatiane Dourado dos Santos do curso de Bacharel em Saúde Coletiva, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Milene Zanoni da Silva Vosgerau e co-orientação da Prof<sup>a</sup>. Msc. Suzane de Oliveira.

No início, o objetivo era estudar a hipertensão arterial no município de Matinhos. Ao decorrer e encaminhamento do projeto, foi decidido em parceria com a orientadora adicionar as temáticas diabetes mellitus e depressão. Desta forma, o projeto foi dividido em dois planos de trabalho intitulados: “Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: consumo e adesão de anti-hipertensivos e antidiabéticos”, de autoria da aluna Tatiane Dourado dos Santos e “Prevalência de depressão, consumo de antidepressivo e adesão a terapia medicamentosa”, de autoria da aluna Paola Mariana dos Santos Leite. Os respectivos trabalhos foram apresentados no 20º EVINCI e como resumos expandido no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no ano de 2012.

Hoje, com o amadurecimento de idéias e seguindo os propósitos estabelecidos pelo Projeto de Aprendizagem, o estudo apresentado nesse documento diz respeito ao artigo de título: “Panorama da depressão em município litorâneo do Sul do Brasil: da prevalência às estratégias

terapêuticas.” Que será submetido à revista Espaço Para a Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESCO, da Universidade Estadual de Londrina.

O modelo de apresentação, assim como, as normas do artigo estão de acordo com as orientações e instruções dadas aos autores para a publicação de artigos originais na Revista Espaço Para a Saúde.



## Sumário

Resumo .....	10
Abstract .....	11
Introdução .....	12
Metodologia .....	13
Resultados .....	15
Discussão .....	19
Conclusão .....	22
Referências .....	23

## **Resumo**

O objetivo desse estudo foi traçar o panorama da depressão em município do litoral do Paraná, identificar a prevalência de depressão e suas estratégias terapêuticas. A população do estudo foi constituída por 638 adultos com 40 anos ou mais residentes permanentemente no município de Matinhos - PR. A coleta de dados se deu por meio de aplicação de formulário semi-estruturado. Foram classificados como portadores de depressão aqueles que obtiveram escore  $\geq 13$  no Inventário de Beck ou depressão autorrelatada. Os medicamentos foram organizados pela classificação ATC. A escala selecionada para a análise da adesão ao medicamento foi a de Morisky, Green e Levine. Foi utilizada frequência relativa, absoluta e teste de qui-quadrado para análise estatística. A prevalência de depressão foi de 21,8%. A prevalência de consumo de antidepressivos foi de 5,3%. A não-adesão ao tratamento psicofarmacológico foi de 55,9%. Os fatores associados à depressão foram: ser do sexo feminino, não ter companheiro e ter renda mensal familiar inferior a R\$ 600,00. Os princípios ativos mais utilizados foram: fluoxetina, amitriptilina e sertralina. Os motivos mais freqüentes da não adesão foram ter problemas em se lembrar de tomar a medicação e o descuido em tomar o medicamento. Os achados desta pesquisa indicam a necessidade de reorganização da assistência à saúde no município, com a estruturação de rede de cuidados integrado aos portadores de transtornos mentais, a fim de efetivar os princípios de integralidade, equidade e universalidade propostos pelo SUS e garantir assim melhores condições de saúde e vida para a população.

**Palavras-chave:** Depressão, Prevalência, Adesão à Medicação, Antidepressivos

## **Abstract**

The objective of this study was to trace the panorama of depression at the coastal city in Parana state, to determine the prevalence of depression and its therapeutic strategies. The study population was comprised of 638 adults, aged 40 years or more, residents permanently at the city Matinhos-PR. The collection data was made through a semi-structured application form. The application was classified as having depression those obtained a score  $\geq 13$  on the Beck Depression Inventory and self-reported depression. The medicines were organized by ATC. The scale selected for the medication adherence analysis was Morisky, Green and Levine. Used relative frequency, absolute and chi-square test for statistical analysis. The depression prevalence was 21.8%, where as antidepressive agents prevalence 5.3%, while non-adherence to psychopharmacological medicines were 5.3%. The factors associated to depression were: being female, not having a partner and have income less than R\$ 600.00. Psychopharmacological substances taken with higher frequencies were fluoxetine, sertraline and amitriptyline. The most frequently reasons of non-adherence were having trouble remembering to take the medication and carelessness in take the medicine. The findings from this research indicate the need for reorganization of health care in Matinhos/PR, with network structuring of integrated care to patients with mental disorders in order to give effect to the principles of integrity, equality and universality proposed by the National Health System and thereby ensure better conditions of health and life for the population.

**Keywords:** Depression, Prevalence, Medication Adherence, Antidepressive Agents.

## **Introdução**

A velocidade do processo vivido pelo país nas últimas décadas reflete em questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, incorporando mudanças nos padrões de saúde e doença, mortalidade, fecundidade e estrutura por idade, além de determinantes socioeconômicos, ecológicos e de estilo de vida<sup>1,2</sup>. Essa modificação no perfil da saúde da população, em que as doenças crônicas e suas complicações são as mais prevalentes, resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para as mesmas<sup>3</sup>. Dentre as doenças crônicas envolvidas nesse processo está a depressão, que atualmente destaca - se como um importante problema de saúde pública em todo o mundo<sup>4</sup>.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), “a depressão afeta cerca de 340 milhões de pessoas em todo o mundo, gerando prejuízo funcional e altas taxas de morbidade e mortalidade, é atualmente a principal causa de incapacitação, ocupando o quarto lugar entre as dez principais causas de patologias”<sup>4</sup>.

As políticas públicas referentes à saúde mental são escassas na maioria dos países, 40% deles não possuem políticas relativas à saúde mental e 30% não possuem programas nessa área. A alta prevalência de transtornos mentais comparados à baixa oferta de serviços em saúde vem se mostrando um grande problema de saúde pública<sup>5-6</sup>. Acredita-se que, para a assistência a saúde mental seja efetiva, é necessário a reorganização e fortalecimento da atenção básica, estabelecendo novas práticas em saúde e modelos assistenciais voltados às necessidades da população<sup>7,8,9</sup>. Assim, a investigação em saúde e o delineamento de perfis epidemiológicos podem ajudar no enfrentamento de desafios e na construção de políticas públicas para o melhoramento da saúde da população.

Desta forma, o objetivo geral desse trabalho foi traçar o panorama da depressão em município de pequeno a médio porte no litoral do Paraná a partir da identificação da prevalência de depressão e de suas estratégias terapêuticas – farmacológicas (consumo de medicamentos e adesão a terapia medicamentosa) e não-farmacológicas (estilo de vida) em residentes do município de Matinhos/PR.

## Metodologia

A população do estudo foi constituída por adultos com 40 anos ou mais residente permanentemente no município de Matinhos/PR. Utilizou-se para o cálculo do tamanho da amostra o programa EPIINFO (Stat-Calcul), considerando a estimativa do IBGE<sup>10</sup>. O tamanho da amostra para uma margem de erro de 3,5% e um nível de confiança de 95% foi de 574 indivíduos, a este número foram adicionados 15% para eventuais perdas.

A coleta de dados deu-se através da aplicação de um formulário estruturado com questões referentes às variáveis sócio-econômicas, estilo de vida e depressão.

Os medicamentos referidos foram agrupados de acordo com as classes farmacológicas e princípios ativos, organizados segundo critérios de classificação da ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*), elaborado pelo *Nordic Council on Medicines* utilizadas nos Estudos de Utilização de Medicamentos<sup>11</sup>.

A depressão foi caracterizada em sim, não/não sabe, sendo mensurada pelo Inventário de Beck, foi considerado neste estudo portador de depressão, o entrevistado que apresentou escore  $\geq 13$  no Inventário de Beck<sup>12</sup> e que respondeu positivamente quando questionado se era portador de depressão (depressão autorrelatada). A análise estatística foi descritiva por meio de frequência relativa e absoluta.

A depressão foi aferida pelo Beck Depression Inventory (BDI) ou Escala de Depressão de Beck. O BDI é a escala mais amplamente usada em pesquisas quanto em clínica, tendo sido traduzida para vários idiomas e validada em diferentes países<sup>13</sup>. Além disso, é comumente utilizada para avaliar depressão em pacientes com doenças crônicas<sup>14</sup>. Apesar do BDI ter sido validado no Brasil entre estudantes universitários<sup>13</sup>, neste estudo os analfabetos não foram excluídos.

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso,

preocupação somática e diminuição de libido. Os escores da Escala de Depressão de Beck variam de 0 a 31 ou mais. São consideradas pessoas sem depressão clínica as que obtiverem escore de 0 a 12, que possuem sintomas depressivos leves um escore de 13 a 20, que possuem depressão moderada as que alcançarem escore de 21 a 30 e as que possuem depressão severa as que tiverem escore de 31 ou mais.

Para a análise da adesão/não adesão, foi adotada a escala de quatro itens de Morisky, Green e Levine (TMG) (1986) em função de sua grande utilização no meio científico e simplicidade de aplicação<sup>15,16,17,18,19</sup>. Dessa forma, cada resposta “sim” equivale a zero ponto e a resposta “não” um ponto, gerando ao final um escore de zero a quatro pontos, sendo que quanto mais pontos, maior é o comportamento aderente do indivíduo<sup>15</sup>. As perguntas eram: 1) Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação? 2) Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos? 3) Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos? 4) Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?

Na análise das variáveis de estilo de vida, foi considerado consumo abusivo de bebidas alcoólicas 5 ou mais doses (homem) ou 4 ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias<sup>20</sup>. Foi considerado como dose: um copo de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

Para a avaliação a atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) na sua versão curta. Esse questionário considera a atividade física durante o trabalho, lazer, serviços domésticos e deslocamentos realizados durante a última semana. Foram considerados indivíduos fisicamente ativos aqueles que reportaram prática de atividade física de moderada a vigorosa, cuja soma destas atividades totalizaram um tempo superior a 150 minutos semanais conforme recomendações da literatura<sup>21</sup>. As variáveis contínuas foram comparadas pelo teste Kruskal-Wallis e as proporções pelo teste de qui-quadrado e Fisher. Foram considerados significativos os testes que apresentaram valores correspondentes a  $p < 0,05$ .

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e aprovado segundo parecer nº 013/2010 (CAAE 0011.0.268.000-10).

## Resultados

Dos 668 sujeitos amostrados para compor o estudo, foram entrevistadas 638 (95,5%) pessoas. Registraram-se 30 perdas (4,5%), sendo que a maior parte (76,7%) foi em decorrência de recusas.

Como pode ser observado na tabela 1, mais da metade dos entrevistados estão entre 40 e 59 anos (58,9%), moram com o cônjuge e/ou família (73,8%), vivem com o (a) companheiro (a) (60,2%), não chegaram a concluir o primeiro grau (57,5%), não tem vínculo empregatício (60,6%) e tem renda mensal familiar superior a R\$ 600,00 (70,2%). Na análise dos fatores associados à depressão, as categorias que foram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) foram ser do sexo feminino, não ter companheiro e ter renda mensal familiar inferior a R\$ 600,00 (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição total e fatores associados à depressão conforme variáveis socioeconômicas e demográficas de adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Total		Depressão				p
	n	%	Sim n	%	Não n	%	
<b>Sexo</b>							0,000*
Feminino	331	51,9	91	27,5	240	72,5	
Masculino	307	48,1	48	15,6	259	84,4	
<b>Idade</b>							0,426
40 a 59	376	58,9	86	22,9	290	77,1	
60 anos ou mais	262	41,1	53	20,2	209	79,8	
<b>Com quem mora</b>							0,664
Cônjuge e/ou família	471	73,8	114	21,5	417	78,5	
Sozinho	167	26,2	25	23,4	82	76,6	
<b>Raça</b>							0,886
Branca	396	62,1	87	22,0	309	78,0	
Preta/Parda/Amarela	242	37,9	52	21,5	190	78,5	
<b>Estado civil</b>							0,004*
Com companheiro (a)	384	60,2	69	18,0	315	82,0	
Sem companheiro (a)	254	39,8	70	27,6	184	72,4	
<b>Grau de escolaridade</b>							0,339
Analfabeto – 1º grau completo	452	70,8	103	22,8	349	77,2	
2º grau incompleto – pós-graduação	186	29,2	36	19,4	150	80,6	
<b>Situação de trabalho</b>							0,085
Com vínculo empregatício	251	39,4	46	18,3	205	81,7	
Sem vínculo empregatício	386	60,6	93	24,1	293	75,9	
<b>Renda mensal familiar **</b>							0,006*
≥ R\$ 600,00	420	70,2	80	19,0	340	81,0	
< R\$ 600,00	178	29,8	52	29,2	126	70,8	

\*1 pessoa não informou a situação de trabalho \*\*40 pessoas não informaram a renda

De um total de 638 entrevistados, 15,6% (n=99) obtiveram escore  $\geq 13$  no Inventário de Beck e 11% (n=70) se autorrelataram depressivos, Assim, neste trabalho 139 pessoas, ou seja, 21,8% foram consideradas depressivas (tabela 2).

Entre estes entrevistados, 10,8% apresentaram ter depressão leve, 2,4% apresentaram ter depressão moderada e 2,4% apresentaram ter depressão severa (tabela 3).

A prevalência de consumo de antidepressivos foi de 5,3% (n=34), sendo que a utilização foi maior entre as mulheres (8,5%) comparativamente aos homens (2%) ( $p = 0,000$ ). A não-adesão a terapia medicamentosa foi de 55,9% (n=19) (tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de depressão, consumo e não-adesão de antidepressivos entre indivíduos com 40 anos ou mais. Matinhos/PR, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Prevalência de depressão (n=638)</b>		
Sim	139	21,8
Não	499	78,2
<b>Consumo de antidepressivos (N06) entre os entrevistados (n=638)</b>		
Sim	34	5,3
Não	604	94,7
<b>Consumo de antidepressivos (N06) entre os portadores de depressão (n=139)</b>		
Sim	34	24,5
Não	105	75,5
<b>Não-adesão aos antidepressivos (n=34)</b>		
Sim	19	55,9
Não	15	44,1

Tabela 3 – Grau de severidade da depressão, segundo Inventário de Beck, entre indivíduos com 40 anos ou mais. Matinhos/PR, 2011.

<b>Severidade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ausência de depressão</b>	539	84,4
<b>Presença de depressão</b>	99	15,6
Depressão leve	69	10,8
Depressão moderada	15	2,4
Depressão severa	15	2,4
Total	638	100

De acordo com o inventário de Beck, os sintomas e atitudes mais prevalentes entre os 368 entrevistados foram o cansaço (53,6%), cuidado com a saúde (52,9%), preocupação (40,6%), desinteresse sexual (33,8%) e



dificuldades para dormir (31,3%), vale destacar que 3,2% (n=22) apresentaram atitudes associadas ao suicídio.

Tabela 4 – Prevalência dos sintomas e atitudes avaliados pelo Inventário de Depressão de Beck entre adultos e idosos. Matinhos/PR, 2011.

Sintomas e Atitudes	Escore 1 – 3	
	n	%
Cansaço	342	53,6
Cuidado com a saúde	338	52,9
Preocupação	259	40,6
Interesse sexual	216	33,8
Sono	200	31,3
Irritação	197	30,9
Decisões	187	29,3
Culpa	135	21,2
Apetite	126	19,8
Aparência	121	18,9
Choro	120	18,8
Punição	114	17,8
Tristeza	108	16,9
Sentimento de inferioridade	98	15,4
Interesse nas pessoas	91	14,3
Desânimo	81	12,8
Decepção	66	10,3
Fracasso	61	9,6
Suicídio	22	3,2

Dos 836 medicamentos identificados na análise, 5,0% (n=43) são da classe N06 (psicoanalépticos). Os princípios ativos mais utilizados foram fluoxetina (2,2%), amitriptilina (0,8%) e sertralina (0,5%). Os motivos mais freqüentes da não adesão foram ter problemas em se lembrar de tomar a medicação e o descuido em tomar o medicamento, ambos com 35,3%.

Tabela 5 – Prevalência de respostas positivas nas perguntas avaliadas pela Escala de Morisky, Green e Levine para antidepressivos. Matinhos/PR, 2011.

Perguntas	Antidepressivos (n=34)		
	n	%	IC 95%
1, Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação?	12	35,3	19,7% - 53,5%
2, Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos?	12	35,3	19,7% - 53,3%
3, Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos?	8	23,5	10,7% - 41,2%
4, Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?	10	2,94	15,1% - 47,5%

Quanto às variáveis de estilo de vida, a prevalência de depressão foi estatisticamente significativa maior entre os não tabagistas (27,9%), os entrevistados que relataram estar insatisfeitos com sua vida sexual (30,1%) e que não se dedicam diariamente ao prazer e lazer (29,8%) ( $p < 0,05$ ) (tabela 6).

Tabela 6 – Fatores associados à depressão segundo variáveis de estilo de vida entre adultos e idosos residentes em Matinhos/PR, 2011.

<b>Variáveis de estilo de vida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Tabagismo</b>			0,018*
Sim	88	19,3	
Não	51	27,9	
<b>Consumo abusivo de álcool</b>			0,228
Sim	104	20,8	
Não	35	25,5	
<b>Atividade física</b>			0,926
Sim	59	21,6	
Não	80	21,9	
<b>Satisfação quanto à saúde sexual</b>			0,000*
Satisfeito	67	16,8	
Insatisfeito	72	30,1	
<b>Dedica tempo ao lazer e prazer diariamente</b>			0,000*
Sim	50	14,7	
Não	89	29,8	
<b>Tempo que se dedica ao prazer e ao lazer diariamente</b>			0,235
> 2 horas	26	18,2	
≤ 2 horas/não dedica	113	22,8	

## Discussão

Neste estudo realizado com adultos e idosos de um município de pequeno a médio porte do litoral do Paraná a prevalência de depressão mostrou-se significativa, assim como o consumo de medicamentos e a adesão à terapia medicamentosa.

A depressão é um distúrbio crônico frequentemente encontrado em populações, sendo mais comumente prevalentes em mulheres, pessoas com baixos níveis de escolaridade e renda, podendo também estar associada à alta utilização de serviços de saúde<sup>5,22,23</sup>. O que mostra, que os achados desse estudo não são muito diferentes dos encontrados na literatura.

Estudos epidemiológicos realizados em população idosa mostram prevalência de 25,5% a 31%<sup>24,25,26</sup>, porém quando comparada a estes, a prevalência de depressão neste estudo mostra-se baixa (21,8%). Este fato pode ser justificado considerando que mais da metade dos entrevistados (58,9%) estavam entre 40 e 59 anos.

Estudos realizados no Brasil e fora dele, indicam prevalência de consumo de antidepressivos de 1,2% a 6%<sup>27,28,29</sup>. Quando comparados a esses, a prevalência de consumo medicamentoso nesse estudo mostra-se baixa (5,3%), porém há cautela em comprar as informações, pois estes estudos foram realizados em populações de faixa etária mais jovem. Já em estudo realizado no ano de 2006 em população semelhante, a prevalência foi de 9,3%<sup>30</sup> e quando comparada o resultado desse estudo se mostra significativo.

A utilização de psicofármacos e principalmente o consumo de antidepressivos tem crescido nos últimos anos<sup>30,28</sup>. Neste estudo, os medicamentos mais consumidos foram os inibidores de recaptação seletivo de serotonina (fluoxetina e sertralina) e os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina). O aumento do consumo pode estar relacionado ao crescimento do diagnóstico de doenças depressivas, a ampliação da indicação desses medicamentos e a fabricação de novos. Um bom exemplo disso são os antidepressivos tricíclicos, que atuam como auxiliares de propósito múltiplo<sup>30,28,31-32</sup>.

Estudos indicam que fatores demográficos, sócio-econômicos e estilo de vida tais como uso de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, inatividade física, religiosidade e trabalho regular possam estar associadas ao consumo de medicamentos para depressão<sup>30,28</sup>. Como também, a utilização desses

medicamentos serem mais prevalente em mulheres, pois, estas apresentam piores estado funcional e saúde autorreferida, além de sintomas depressivo<sup>31</sup>. Fato que também pode ser observado nesse estudo.

Cabe ressaltar que as políticas públicas em saúde mental são escassas na maioria dos países, 40% deles não possuem políticas relativas à saúde mental e 30% não possuem programas nessa área<sup>6</sup>.

Em municípios de pequeno porte, a assistência a saúde mental geralmente é incorporada a Unidade Básica de Saúde (UBS) onde, as ações realizadas geralmente são praticadas de modo medicamentoso e hegemônico<sup>33</sup>. Cerca de 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados pelos serviços de saúde, assim, o subdiagnóstico pode ocorrer devido às comorbidades e a confusão dos sintomas depressivos com sintomas de outras doenças, pois a depressão é caracterizada como uma doença crônica e de difícil diagnóstico<sup>34</sup>.

Porém ha esforços no sentido de se estabelecerem critérios e categorização de diagnóstico para facilitar e melhorar a abordagem do médico generalista<sup>32</sup>, pois a sua participação é de extrema importância para a estruturação de uma atenção em saúde mental mais eficiente<sup>35</sup>.

Neste estudo, a não-adesão foi considerada alta (55,9%) e está diretamente ligada ao esquecimento e ao descuido com os horários de tomada do medicamento. Este fato pode explicar a presença de atitudes suicidas (3,2%), já que o não cumprimento do tratamento é apontado como fator determinante para o agravamento da depressão e está relacionada à recaídas, podendo levar ao suicídio, absentismos e comprometimento social<sup>36,37</sup>, além de serem intensificados pela alta complexidade dos regimes terapêuticos e efeitos colaterais<sup>38</sup>.

O regime de tratamento e da doença, as características do paciente e a relação médico-paciente também contribuem para a baixa adesão ao tratamento<sup>39,40,41,35</sup>. Desta forma, alguns sintomas e atitudes (tabela 5) podem favorecer a não adesão do tratamento medicamentoso. Autores afirmam que a vontade e o engajamento da pessoa em cuidar de si própria é um dos fatores essenciais para a adesão ao tratamento. A auto-estima diminuída, a insatisfação e o desanimo em relação à vida ou ao futuro podem refletir na baixa adesão<sup>42</sup>.

A depressão é um distúrbio de humor persistente que pode ocorrer de diferentes formas. Principalmente quando deprimidas moderada e severamente, podem apresentar disfunções em áreas importantes do seu funcionamento, como nos cuidados pessoais e da família, responsabilidades, convívio social e ocupacional<sup>43,44</sup>.

Nesse contexto, a formação de políticas públicas voltadas à saúde mental é extremamente importante para a redução da prevalência de depressão e consequentemente a maior adesão às estratégias terapêuticas. Governo, estados e municípios devem integrar redes de cuidado em saúde que possibilitem a proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental, tendo a atenção primária um papel importante na contribuição e continuação do cuidado por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e em outras ações que este programa propõe<sup>45,46,47,41</sup>.

O estímulo à participação de grupos de educação em saúde é uma das alternativas para o enfrentamento da depressão<sup>48</sup>. A inserção de práticas integrativas e complementares às ações de matriciamento em saúde mental<sup>47,41,49</sup>, tais como terapia comunitária integrativa, são importantes para fortalecer as competências, autonomia e fatores de promoção no tratamento da depressão e outros transtornos mentais.

Despertando assim, a corresponsabilidade no usuário e estimulando o autocuidado, afim de que o mesmo tenha capacidade de alterar seu estilo de vida<sup>48</sup>. É importante destacar também o papel da família na proposta terapêutica e o elo que esta deve ter junto aos serviços de saúde, pois o trabalho com a família é essencial para que o cuidado à saúde seja integral<sup>35</sup>.

É importante destacar que Matinhos é um município litorâneo de pequeno a médio porte e que apresenta características ambientais, culturais e sazonalidade diferenciadas, assim recomenda-se prudência ao comparar os resultados a outras populações, pois pesquisas relativas à depressão e a psiquiatria de modo geral, geralmente são realizadas em municípios grandes, populações hospitalizadas ou em grupos específicos, contudo, apesar de sua singularidade, ao utilizar como referência informações relativas à renda baixa e tamanho da população, Matinhos é um município com características semelhantes à maior parte das cidades brasileiras. Assim, este estudo servirá para traçar um diagnóstico para municípios com tamanho semelhante<sup>10,36,50</sup>.

A perda nesse estudo foi considerada pequena (4,5%), o que mostra que é representativa da população, foi um estudo de base populacional e contou com a presença de equipe previamente treinada, o que garante a validade interna da investigação.

Apesar de não ter sido o foco deste trabalho a compreensão da rede de atenção psicossocial do município em questão, os achados desta investigação podem ser reflexo da falta de organização da rede psicossocial na atenção ao cuidado ao portador de depressão. Seria de grande valia a continuidade do estudo a fim de identificar se a população está tendo acesso adequado aos serviços de saúde mental e observar quais foram os reais motivos da não aderência as estratégias terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas.

## **Conclusão**

Neste estudo a prevalência de depressão, consumo de antidepressivos e a não-adesão à terapia medicamentosa se mostraram significantes comparadas a outros estudos. Porém cabe lembrar que as comparações foram limitadas. Poucos estudos relacionados à saúde mental foram encontrados na literatura brasileira atual, neste estudo houve dificuldades de encontrar artigos e materiais bibliográficos referentes aos temas pesquisados, principalmente relativos à prevalência e estilo de vida no âmbito da depressão.

Os achados desta investigação podem ser justificados pela fragilidade ou escassez de serviços e/ou redes de atenção a saúde mental no município, indicando a necessidade de reorganização da assistência à saúde, com a estruturação de rede de cuidados integrada aos portadores de transtornos mentais, dando enfoque aos fatores promotores de saúde (estimulo do autocuidado, lazer, prazer e o trabalho com as famílias), a fim de efetivar os princípios de integralidade, equidade e universalidade propostos pelo SUS e garantir assim melhores condições de vida saúde para a população. No entanto, não foi objetivo da pesquisa verificar como está organizada a assistência a saúde mental no município, portanto, estudos adicionais devem ser realizados com intuito de verificar questões como organização, acesso e oferta de serviços na localidade e região.

A investigação em saúde e o delineamento de perfis epidemiológicos ajudam no enfrentamento de desafios e na construção de políticas públicas para o melhoramento da saúde da população, Portanto, há a necessidade de uma maior preocupação e fomento para a realização que outras pesquisas a fim de aprofundem o conhecimento sobre a área. Desta forma este estudo contribuirá de modo informativo e/ou comparativo para outros estudos relativos à saúde mental em população semelhante.

### Referências bibliográficas

1. VERMELHO LL, MONTEIRO MFG. Transição demográfica e epidemiológica, In: MEDRONHO RA, BLOCH KV, LUIZ RR, WERNECK GL. Organizadores. São Paulo: Atheneu; 2003, p. 91-103.
2. VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública 2009. 43(3): 548-554.
3. SCHRAMM JMA, OLIVEIRA AF, LEITE IC, VALENTE JG, GADELHA AMJ, PORTELA MC. [et al]. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. saúde coletiva 2004; 9(4):897-908.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
5. LACERDA ALT, QUARANTINI LC, MIRANDA-SCIPPA AMA, DEL PORTO JA, MC-GIRR A, MELEIRO A. [et al]. Depressão: do neurônio ao funcionamento social, Porto Alegre: Artmed, 2009, 360p.
6. ONOCKO-CAMPOS RT, FURTADO JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(5): 1053-1062,
7. AMARAL MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Rev. Saúde Pública [online]. 1997; 31(3): 208-95
8. BODSTEIN R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc. saúde coletiva 2002; 7(3): 401-412

9. GIL CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, 2006; 22(6): 1171-1181.
10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). [Internet]. Censo demográfico 2000. [citado 2009 nov 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/>.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology and Nordic Council on Medicines. Guidelines for ATC classification; 1990.
12. FURLANETTO LM, DEL MORAL JAG, GOLÇALVES AHB, RODRIGUES K, JACOMINO MEMLP. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. J. Brás. Psiquiatr. 2006; 55(2): 96-101.
13. GORENSTEIN C, ANDRADE L. Inventário de depressão de beck: propriedades psicometricas da versão em português. Rev. Psiquiatr. Clín. 1998; 25(5): 245–250.
14. CAMARGO RS, MOSER ADL, BASTOS LC. Abordagem dos métodos avaliativos em fibromialgia e dor crônica aplicada à tecnologia da informação: revisão da literatura em periódicos, entre 1998 e 2008. Rev. Bras. Reumatol. 2009; 49(4): 431–446.
15. MORISKY DE, GREEN LW, LEVINE DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical care 1986; 24(1): 67–74.
16. MORISKY DE, ANG A, KROUSEL-WOOD M, WARD HJ. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. Journal of Clinical Hypertension 2008; 10 (5): 333–417.
17. GUTIÉRREZ-ANGULO ML, LOPETEGI-URANGA P, SÁNCHEZ-MARTÍN I, GARAIGORDOBIL-LANDAZABAL M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Revista de Calidad. Asistencial 2011; 72–77.
18. NAKHUTINA L, GONZALEZ JS, MARGOLIS AS, SPADA A, GRAT A. Adherence to antiepileptic drugs and beliefs about medication among predominantly ethnic minority patients with epilepsy. Rev Epilepsy & Behavior 2011; 22(3): 584-586.



19. FRÖHLICH SE, VIGO A, MENGUE SS. Association between the morisky medication adherence scale and medication complexity and patient prescription knowledge in primary health care. *Latin American Journal of Pharmacy* 2011; 30(7): 1348-1354.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefone. Brasília (DF); 2010.
21. XAVIER FMF, FERRAZ MPT, BERTOLLUCCI P, POYARES D, MORIGUCHI EH. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2001; 23 (2): 62-70.
22. LIMA MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 1999; 21(s1): 01-05.
23. KHANDALWAL S, CHOWDHURY A. Editors. *Conquering Depression: You can get out of the blues.* World Health Organization. Regional Office for South-East Asia, 2001.
24. MACIEL ACC, GUERRA RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J. Bras. Psiquiatr.* 2006; 55(1): 26-33.
25. OLIVEIRA DAAP, GOMES L, OLIVEIRA R F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(4): 734-736.
26. SASS A. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1): 80-85.
27. LIMA MS, SOARES BGO, MARI JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 1999; 26: 225-35.
28. RODRIGUES MAP, FACCHINI LA, LIMA MS. Modificações nos padrões de uso de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40: 1-14.
29. GASQUET I, NÈGRE-PAGÈS L, FOURRIER A, NACHBAUR G, ELHASNAQUI A, KOVESS V. et al. Psychotropic drug use mental

- psychiatric in France: results of the general population ESEMeD/MHedeia 2000 epidemiological study. *Encephale* 2005; 31: 195-206
30. GRACIAS CMM, PINHEIRO RT, GARCIA GL, HORTA BL, BRUM CB. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. *Cad. Saúde Pública*, 2008. 24(7): 1565-1571.
31. ROZENFELD S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública*, 2003. 19(3): 717-724.
32. SEBASTIÃO ECO, PELÁ IR. Consumo de medicamentos psicotrópicos: análises de receitas médicas ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. *Seguim. Farmacoter.* 2004; 2(4): 250-266.
33. LUZIO C A, L'ABBATE S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2009; 14(1): 105-116.
34. DAL BÓ MJ, SILVA GS, MACHADO DFGP, SILVA RM. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados em enfermarias de clínica médica de um hospital geral no Sul de Santa Catarina. *Rev. Bras. Clin. Med.* 2011; 9(4): 264-8.
35. CHIAVERINI DH, GONÇALVES DA, BALLASTER D, TÓFOLI LF, CHAZAN LF, ALMEIDA N. [et al]. Editors. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (DF), 2011.
36. LEITE SN, VASCONCELLOS MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2003; 8(3): 775-782.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
38. GUSMÃO JL, MION JUNIOR D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Rev Bras. Hipertens.* 2006; 13(1): 23-25.
39. KLEIN JM, GONÇALVES AGA. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF* 2005; 10(2): 113-120.

40. BRASIL. Organização Mundial Da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF), 2003.
41. BRASIL, Poder executivo. Decreto nº7508 de 28/06/2011. Regulamenta a Lei nº 8,080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 29/6/2011. Página 1.
42. ALBUQUERQUE AB. DEVEZA M. Adesão ao tratamento na prática do médico de família e comunidade e na atenção primária a saúde In: PROGRAMA de atualização em medicina de família e comunidade: Promef, Porto Alegre: Artmed, 2009. v.3. p: 41-71.
43. DEL PORTO JA. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 1999. v.21, suppl.1, pp: 06-11.
44. CAETANO D. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Artes Medicas, 1998. 262p.
45. CONSOLI GL, HIRDES A, COSTA JSD. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS. Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2009; 14(1): 117-128.
46. CORREIA VR, BARROS S, COLVERO LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2011; 45(6): 1501-1506.
47. BRASIL. Ministério Da Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF), 2003.
48. MENDONÇA FF. Grupos de educação em saúde como espaço de construção de corresponsabilidades: um estudo de caso. [tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, UEL; 2012.
49. FIGUEIREDO MD, CAMPOS RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(1): 129-138.
50. VOSGERAU MZS. Indicadores de bem-estar emocional e doenças crônicas: associação da autopercepção da felicidade, amor e bom

humor à condição de saúde de adultos e idosos de Matinhos, PR. [tese].  
Londrina: Universidade Estadual de Londrina, UEL; 2012.